CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXI[e] Session — Amiens 1911

Des différentes espèces de Douleurs psychopathiques

(LEUR SIGNIFICATION, LEUR ROLE)

par le

D[r] G. MAILLARD

Médecin-Adjoint de la Salpétrière

PARIS
G. MASSON & C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain, 120

1911

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXIe Session — Amiens 1911

Des différentes espèces de Douleurs psychopathiques

(LEUR SIGNIFICATION, LEUR ROLE)

par le

Dr G. MAILLARD

Médecin-Adjoint de la Salpétrière





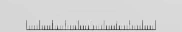
PARIS

G. MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain, 120

1911



AVANT-PROPOS



Il semble aujourd'hui possible d'examiner avec profit, dans une étude d'ensemble, à la lumière des acquisitions récentes de la psychiâtrie, les symptômes psychopathiques variés et de nature souvent bien différente, qui se présentent sous la forme de douleurs.

Comme on le verra, nous avons essayé de classer les douleurs psychopathiques en nous basant sur ce qu'on peut, actuellement, supposer de leur pathogénie ; et, sans nous dissimuler ce qu'une telle classification peut encore avoir d'aléatoire, nous avons pensé qu'essayer de classer les douleurs suivant leur nature était le meilleur moyen d'essayer de les connaître.

Ce travail est, pour une grande part, le résultat de l'observation des malades du service si riche, que notre maître, M. Deny, nous a toujours, avec sa paternelle bonté, si largement ouvert. Nous tenons à lui en témoigner ici toute notre reconnaissance.



I

Considérations générales

Douleur physiologique et douleurs psychopathiques

Cénesthésie

Nous ne chercherons pas à définir la douleur. Chacun la connaît pour l'avoir éprouvée et la meilleure définition serait moins bonne que le mot lui-même. Mais, s'il ne paraît pas utile de donner une définition de la douleur, il est nécessaire d'indiquer quelques-uns de ses caractères.

La douleur perçue (nous laisserons de côté l'irritation douloureuse qui peut exister quoique non perçue, ainsi qu'en témoignent des reflexes vaso-moteurs, respiratoires, pupillaires, etc... dans certains cas d'anesthésie) est un phénomène intellectuel dont la vivacité et l'adaptation sont, d'une façon générale, en rapport avec le degré de l'intelligence. Chez les imbéciles et les déments, la sensibilité à la douleur est assez obtuse. Les recherches de physiologie comparée montrent que la douleur est d'autant plus vive et différenciée qu'on s'élève dans l'échelle des êtres. Suivant l'état mental du moment, on perçoit plus ou moins la douleur, qui s'exagère par l'attention.

La douleur physiologique est le cri d'appel de l'organisme en danger. C'est elle qui avertit notre moi sentant d'une

atteinte portée à notre corps. Sans pousser à l'extrême la théorie finaliste de la douleur, on peut la considérer comme un des meilleurs moyens de défense de l'organisme. En tout cas, et c'est ce qui nous importe au point de vue médical, elle est, par cela même, un des symptômes les plus importants des maladies.

Mais il n'en est ainsi que pour la douleur normale, la douleur physiologique. En clinique psychiâtrique on voit des douleurs apparaître dans d'autres conditions. Celles-ci ont alors une toute autre signification car, *déterminées ou non par une lésion organique*, elles présentent des caractères spéciaux et deviennent un symptôme d'un état psychique anormal. Ce sont les douleurs psychopathiques.

Qu'est-ce donc qu'une douleur psychopathique ? Quels phénomènes faut-il étudier sous ce nom ?

Il apparaît tout d'abord que nous ne devons pas prendre le mot douleur avec le sens étroit du phénomène physiologique décrit sous ce nom ; nous serions ainsi obligés de séparer des faits de même nature, de même signification, de même valeur sémeiologique. Or, cette étude doit être, croyons-nous, surtout une étude de séméiologie.

Ici, il s'agit de phénomènes cliniques qui ne se superposent pas à la physiologie normale. La physiologie normale nous montre la douleur apparaissant dans certaines conditions bien déterminées, se distinguant nettement des autres sensations, obéissant à des lois.

Dans les faits psychopathiques, nous verrons la douleur apparaître dans des conditions très différentes ; nous la verrons se produire sans excitation organique, sans lésion, naissant toute entière dans le psychisme ; ou être disproportionnée dans son intensité ou ses réactions apparentes avec une irritation souvent minime qui en aura été le point de départ, le prétexte plutôt que la cause réelle. Nous verrons également des sensations, normalement non douloureuses, devenir par elles-mêmes soit une simple gêne, soit quelque chose d'agaçant, d'énervant, de très pénible, soit une véritable douleur, et tous les degrés exister entre ces différents termes.

Et il est bien certain qu'il ne faut pas séparer, dans cette étude séméiologique, la sensation réellement douloureuse de la sensation qui n'est que simplement pénible, mais qui, par l'importance qu'elle prend dans le psychisme du malade, a la même signification et le même rôle qu'une véritable douleur, au sens physiologique du mot.

Il faut donc étudier en réalité *les troubles pénibles de la sensibilité,* mais seulement ces troubles lorsqu'ils sont *psychopatiques.*

Quand est-on autorisé à dire qu'une douleur est ou n'est pas psychopathique ?

Une première considération importante est la suivante : c'est que, plus encore en psychiâtrie que dans le reste de la pathologie, il n'y a pas de limite tranchée entre l'état qui est normal et celui qui ne l'est pas. Comment pourrions-nous concevoir une douleur absolument normale ? Ce serait une douleur correspondant exactement dans sa qualité et sa quantité à l'excitation qui la fait naître. Or, nous ne connaissons pas la relation exacte qui *doit* exister, d'une façon absolue, entre la douleur et son excitant ; trop de facteurs nous échappent ; la constitution humaine est trop variable pour qu'on puisse étudier l'homme comme un produit physico-chimique nettement défini. L'homme normal n'est qu'une moyenne purement idéale.

Si l'on considère, non pas l'homme normal, mais l'ensemble des individus dont l'adaptation au milieu paraît satisfaisante, on s'aperçoit, et c'est un fait d'une constatation banale, que la douleur varie extrêmement d'un individu à l'autre, et, chez le même individu, suivant les divers moments.

Pour que l'on soit en droit de considérer une douleur comme psychopathique, il ne suffira donc pas qu'elle apparaisse seulement comme un peu trop vive ou légèrement disproportionnée avec la cause qui lui a donné naissance. Il faudra qu'elle s'écarte beaucoup de la qualité ou de l'intensité qu'elle devrait avoir, devenant ainsi, par cette anomalie évidente, le symptôme d'un trouble dans la façon de sentir, ou, et ce sera le degré le plus marqué de la douleur psychopathique, qu'elle naisse sans point de départ somatique.

Avant d'aborder l'étude clinique des douleurs psychopathiques, il est indispensable d'essayer de préciser comment on doit comprendre la cénesthésie. *Cénesthésie*, c'est un mot que l'on rencontre à chaque instant en psychiâtrie depuis quelques années, mais ce mot est employé malheuseusement avec des acceptions assez différentes ; et la notion, un peu confuse, qu'il représente est intimement liée aux faits que nous étudions.

Tantôt la cénesthésie, c'est le sentiment, difficile à définir, qui accompagne l'exercice de toutes nos sensations, internes ou externes, et qui, alors que celles-ci nous apportent des matériaux de connaissance, devient lui-même une partie importante du sentiment de notre existence.

Tantôt cénesthésie est pris comme synonyme de sensations internes, sensations viscérales ; c'est une acception que l'on trouve souvent aujourd'hui dans les livres classiques.

La première de ces deux façons d'envisager la cénesthésie, la plus ancienne et conforme à l'étymologie, nous paraît la plus exacte. Il semble d'ailleurs que ce ne soit que peu à peu, par une confusion entre deux ordres de phénomènes étroitement unis, mais différents de nature, qu'on ait fait du mot cénesthésie le synonyme de sensations internes, sensations viscérales. Cette confusion semble s'être produite parce que, d'une part, les sensibilités internes, mieux que les sensibilités externes, qui sont surtout des sensibilités de relation avec l'extérieur, nous renseignent sur l'état de notre corps et contribuent ainsi davantage à nous donner le sentiment de l'existence — et parce que, d'autre part, les sensibilités internes, plus obtuses que les sensibilités externes, laissent au premier plan le sentiment cénesthésique qui les accompagne.

La dualité de sens du mot cénesthésie devient bien évidente quand on compare l'opinion classique, qui fait de la mélancolie une maladie de la cénesthésie, avec la conception actuelle des cénesthopathies.

A l'état normal, la cénesthésie paraît se confondre avec nos sensations ; elle n'est pas apparente parce qu'elle fait

partie du sentiment complexe de nous-même. Mais elle se manifeste quand elle est brusquement troublée, ou plutôt ce qui se manifeste alors c'est *cette variation de l'état cénesthésique*. Le sentiment de notre existence devient alors plus agréable ou plus pénible. Plus pénible, ce peut être le cri d'alarme qui nous avertit d'une atteinte portée à notre organisme et qui se traduit par un sentiment allant de la simple gêne à la douleur la plus vive ; ce peut être aussi la manifestation d'un déréglement du mécanisme obscur de la cénesthésie. Ce mécanisme, trop fragile dès l'origine chez certains, troublé chez d'autres par des causes pathologiques, grince ou fonctionne à tort et à travers. Il en résulte des troubles qui peuvent être généralisés et il s'agit d'un sentiment diffus, indéfinissable, de malaise ; qui peuvent être localisés et affecter avec prédominance divers ordres de sensations : ils se traduisent alors sous la forme de ces troubles de la sensibilité qui font l'objet d'une partie de cette étude.

On voit donc que, pour nous, la douleur consiste essentiellement en une modification de la cénesthésie.

Cette modification douloureuse de la cénesthésie se surajoute, dans les conditions physiologiques, aux sensations proprement dites, lorsque celles-ci deviennent nuisibles pour les tissus. Si l'excitant augmente, la douleur prend toute l'importance et éteint la sensation différenciée.

On peut s'en rendre compte par l'expérience suivante. Si l'on applique en un point du corps une pression croissante, on éprouve d'abord une simple sensation de contact, puis, à mesure que la pression augmente et que les tissus sont comprimés, se surajoute à cette sensation de contact une gêne, qui devient sensation pénible et qui, insensiblement, se transforme en une sensation plus vive qui est la douleur proprement dite ; la pression continuant à croître, la douleur devient intense, absorbe toute l'attention, fait disparaître ainsi la perception de contact et provoque un invincible besoin de soustraire le corps à cette action nocive.

Ce qui démontre encore que le trouble cénesthésique est réellement différent de la sensation proprement dite, c'est

qu'avec certains anesthésiques on obtient la disparition de la douleur, malgré la persistance de la sensation de contact.

Ainsi, le trouble de la cénesthésie est, dans les conditions habituelles, secondaire et déterminé par des excitations périphériques ou somatiques.

Mais il peut être primitif et dû à un trouble organique ou fonctionnel de l'appareil de la cénesthésie. Il provoque alors certains phénomènes douloureux, que nous retrouverons au cours de cette étude.

Enfin la douleur peut naître, tout entière, comme nous le verrons, d'un trouble purement intellectuel.



II

Etude pathogénique et clinique



Comme nous venons de l'indiquer, à la fin du chapitre précédent, les douleurs psychopathiques, diverses dans leurs caractères cliniques, le sont aussi dans leurs causes. Pour les étudier, nous les classerons en nous basant sur leur déterminisme, c'est-à-dire sur leur nature ; c'est sur la différence de nature des phénomènes, que doit tendre à s'établir toute classification. Cette méthode nous semble plus claire et plus concise que celle qui consisterait à étudier successivement les douleurs psychopathiques dans les diverses maladies mentales.

On peut ranger les douleurs psychopathiques dans les quatre groupes suivants, qui répondent d'ailleurs, d'une façon générale, à des syndromes mentaux différents au point de vue nosologique :

a) Douleurs hallucinatoires ;
b) Douleurs pithiatiques ;
c) Douleurs paranoiaques ;
d) Douleurs cénesthopathiques.

a) Douleurs hallucinatoires

Ce sont des douleurs *déterminées* par des hallucinations. Ce qui est troublé primitivement ici c'est, non pas la cénesthésie, mais ce sont les diverses sensibilités. L'état cénesthé-

sique pénible, sentiment de souffrance légère ou de vive douleur, qui résulte de l'hallucination, est légitime, une fois l'hallucination admise. Il est normal qu'une secousse électrique s'accompagne d'un sentiment désagréable ou douloureux, que cette sensation de secousse électrique soit le résultat d'un courant électrique ou qu'elle soit l'effet d'une hallucination. Ce qui est pathologique ici, c'est l'hallucination, ce n'est pas la douleur. Il y a là une distinction qui nous paraît très importante.

Aussi ces malades, qui ressentent cependant des douleurs psychopathiques, ne s'inquiètent pas de la douleur en elle-même. Ils en connaissent l'origine et la douleur est pour eux aussi normale qu'elle l'est chez quelqu'un qui n'est pas halluciné.

Ces douleurs, d'origine hallucinatoire, s'observent dans les différents états toxiques, dans les états démentiels, et dans les délires systématisés hallucinatoires. Ce sont ces malades qui se plaignent d'être piqués, électrisés, brûlés, torturés de mille manières, extérieurement et intérieurement, par des ennemis imaginaires. Le type le plus net se présente chez le persécuté halluciné classique, et nous ne croyons pas qu'il soit utile d'insister ici sur leur description clinique.

Le diagnostic en est, le plus souvent, facile, surtout quand il s'agit de troubles des sensibilités externes. Il peut être parfois beaucoup plus délicat, par exemple lorsque le malade se plaint de douleurs internes.

Quoique le caractère psychopathique du trouble soit en général suffisamment évident, un examen somatique soigneux et complet s'impose alors. Mais, l'origine psychopathique des troubles de la sensibilité étant reconnue, on doit encore se demander si on n'a pas affaire à des interprétations délirantes douloureuses, interprétations que nous étudierons plus loin, et non à de véritables hallucinations. L'embarras peut être parfois assez grand ; c'est une circonstance qui se produit souvent lorsqu'on est en présence de certains délires hypochondriaques, de possession ou de zoopathie interne.

On se basera alors surtout sur les caractères cliniques du trouble. Son objectivité : l'hallucination vraie se produit avec des caractères d'objectivité et de certitude absolue ; ses réactions : en raison même de l'objectivité elles sont plus vives et plus immédiates dans l'hallucination vraie ; la brusquerie d'apparition et de disparition, qui plaidera en faveur de l'hallucination ; et surtout la durée : si la douleur est constante et durable ce n'est pas une hallucination ; l'hallucination vraie est toujours fugace et changeante. On tiendra compte aussi de la coexistence ou de la non-coexistence d'autres hallucinations évidentes et de la nature de la maladie psychique.

C'est le diagnostic de ces douleurs qui en fait le seul intérêt au point de vue qui nous occupe et nous y reviendrons plus loin.

b) Douleurs pithiatiques

Il est un autre groupe de malades, qui présentent des douleurs dont l'origine psychopathique est aussi évidente, quoique se produisant par un tout autre mécanisme. Ce sont ces malades connus classiquement sous le nom d'hystériques.

Voici une observation tout à fait caractéristique de ce genre de douleurs :

Une jeune fille très impressionnable subit une opération insignifiante au poignet gauche (écrasement d'un petit kyste). Le soir et le lendemain, elle ressent une gêne, puis une douleur, dans la main gauche. Un médecin l'examine, ne trouve aucune lésion capable d'expliquer cette douleur, et constate une anesthésie de la main à la piqure. Quelques semaines plus tard, et pour ainsi dire insensiblement, la douleur a gagné tout le bras gauche et l'anesthésie a suivi la douleur. La douleur et l'anesthésie ont d'ailleurs tous les caractères de phénomènes hystériques, et, s'il y avait eu quelques doutes sur la nature de la douleur, il n'aurait pu en subsister aucun en ce qui concerne

l'anesthésie. C'était en effet une anesthésie dont la malade ne s'était pas aperçue spontanément, qu'on avait découverte en la recherchant, c'est-à-dire en la faisant naître, qui ne correspondait à aucun territoire anatomique, qui, d'abord en gant puis en manchette, avait gagné tout le membre supérieur, qui affectait toutes les sensibilités : de tact, de douleur à la piqûre, de chaud, de froid, d'orientation ; le sens stéréognostique était complètement aboli ; et cependant cette anesthésie ne gênait en rien la malade dans ses occupations et, elle qui était incapable, lorsqu'on l'examinait, de reconnaître, les yeux fermés, les objets qu'on lui mettait dans la main, savait très bien prendre dans sa poche, sans jamais se tromper, les différents objets dont elle avait besoin.

On la soigne pendant deux ans et demi par les moyens les plus variés ; tout échoue. C'est d'ailleurs au cours du traitement que les troubles se sont étendus à tout le bras gauche. Enfin, arrive un moment où la malade, un peu en raison des circonstances et aussi parce que sa famille commençait à se décourager de ne constater aucune amélioration, cesse absolument tout traitement. Au bout de peu de temps, il n'est plus question d'anesthésie ni de douleurs ; les troubles ont disparu d'une façon pour ainsi dire insensible, sans qu'elle s'en soit aperçue elle-même ; et il ne s'est plus jamais rien produit d'analogue.

Plusieurs années après, ayant eu l'occasion de lui parler de ses troubles passés, je lui demandai comment elle s'expliquait tout cela ; voici ce qu'elle me dit : « J'avais été très impressionnée par la petite opération du kyste et par la mise en scène chirurgicale ; ensuite et le soir même, sans que je sache comment cela est venu, j'ai eu des douleurs dans la main ; je ne m'étais pas aperçue que je ne sentais pas de ce côté, c'est seulement par l'examen du Dr X... que je m'en suis rendu compte. Au fond, je reconnais maintenant que je n'étais pas trop fâchée qu'on s'occupe ainsi de moi ; il y avait là un peu d'enfantillage. Très certainement je souffrais, mais peut-être pas autant que je le croyais. Aujourd'hui je suis persuadée que si des occupations sérieuses m'avaient obligée à ne pas m'écouter, et à cesser plus tôt mon traitement, la douleur et l'insensibilité auraient disparu bien plus vite ».

Et cependant cette malade, pendant deux ans, a réellement souffert du bras gauche. Ce n'était pas de la simulation, c'était quelque chose qui n'en est pas très éloigné, mais qui en est cependant différent, c'était du pithiatisme.

Cette observation est typique. Ici il y a bien eu lésion

initiale et passagère, l'écrasement du kyste du poignet ; mais la douleur, par ses caractères, son extension, sa durée et son évolution, ainsi que par les autres symptômes concomitants, s'est montrée nettement comme une douleur psychopatique. La lésion initiale aurait pu persister sous la forme d'une altération permanente des tissus que la douleur n'en aurait pas moins été psychopathique. C'est le cas des associations hystéro-organiques.

Les associations hystéro-organiques ne sont pas rares en clinique, et elles existent aussi, mais d'une façon atténuée, dans la vie courante.

En clinique c'est, par exemple, le cas d'une malade qui se trouve actuellement dans le service de mon maître, M. Deny, à la Salpétrière, et qui est atteinte de rhumatisme chronique déformant ; elle surajoute, de la façon la plus évidente, à cet état organique un ensemble riche et varié de douleurs psychopathiques, douleurs très accessibles à la suggestion et qui dépassent de beaucoup, dans leur intensité et leurs localisations, les phénomènes douloureux qu'elle pourrait avoir du fait de ses lésions. Elle présente fréquemment une céphalée très nettement pithiatique. Nous reviendrons, au diagnostic, sur certains caractères de ces douleurs.

Dans la vie courante, c'est le cas de bien des douleurs des enfants. C'est le cas si banal des personnes qui, par une attention exagérée portée sur une petite cause réelle de douleur, passagère ou chronique, la ressentent d'une façon excessive. L'attention est un des éléments essentiels de l'auto-suggestion. Et chacun est plus ou moins auto-suggestible. Là encore, comme dans tous les états constitutionnels, il n'y a qu'une différence de degré entre le phénomène qui, par son exagération, rend l'adaptation au milieu insuffisante, mérite le terme de morbide, et légitime une terminologie d'ordre pathologique, — et le phénomène qui, quoique de même nature, se tient dans les limites normales, c'est-à-dire moyennes, et n'entraîne pas de conséquences thérapeutiques.

Ce rôle auto-suggestif de l'attention dans la douleur a

d'ailleurs été remarqué de tout temps, et c'est avec raison que Montaigne a pu dire : « Nous sentons plus un coup de rasoir du chirurgien que dix coups d'épée dans la chaleur du combat ».

Il semble que l'auto-suggestion nécessite un phénomène d'ordre émotif très vif, quoique plus ou moins conscient, qui se traduit par un sentiment vague de crainte ou de désir. Crainte de la douleur dans les cas les plus habituels. Désir plus ou moins inavoué de continuer à souffrir dans certains cas de douleurs pithiatiques, qui méritent également le nom de douleurs mythomaniaques. Que ce soit par la crainte ou par le désir, l'attention est tout entière tournée vers la douleur ; celle-ci peut ainsi devenir une véritable idée fixe.

Ce désir de la douleur, qui peut sembler au premier abord difficilement admissible, est cependant l'origine des douleurs que l'on rencontre chez un certain nombre d'hystériques classiques et chez certains accidentés du travail. Il s'explique par un besoin anormal d'attirer l'attention sur soi, par l'espoir d'une indemnité plus forte, ou par tout autre motif, et il peut entretenir une douleur que la crainte aura fait naître.

Il se fait alors, dans le sous-sol de la conscience, tout un travail qui échappe à la volonté et qui aboutit à ce résultat, d'apparence paradoxale, quoique très réel, c'est que le malade simule tout en restant sincère.

La seule différence, mais capitale, du mythomane pithiatique d'avec le simulateur, c'est que l'un est sincère alors que l'autre ne l'est pas, et ce qui le prouve c'est que l'un peut cesser de simuler quand il veut ou faire varier sa simulation à son gré suivant les circonstances, alors que l'autre en est absolument incapable. Chez l'un la volonté commande ; chez l'autre elle est annihilée.

Les causes d'ordre organique et d'ordre psychique étant souvent étroitement unies dans les suites pathologiques d'accidents du travail, on comprend combien, dans ces cas, l'interprétation des douleurs peut être difficile.

Voici une observation de douleur psychopathique, consé-

cutive à un accident du travail. Nous l'empruntons, en la résumant, à la thèse de Lecaplain (1) :

Mme J..., 34 ans, trempeuse de jouets de couleur, glisse et tombe en portant une bassine. Elle perd connaissance et, quelques instants après, elle revient à elle à l'étage supérieur où on l'avait transportée Elle n'avait pas de blessure apparente, mais elle sentait son genou droit endolori. Cependant, elle put aller à pied, soutenue par une de ses camarades d'atelier, jusqu'à la place Daumesnil à une faible distance dudit atelier , puis, de là, elle revient toute seule à pied à son domicile.

Ce premier fait, remarque Brissaud dans le rapport qu'il fit comme expert, implique que Mme J... n'avait ni fracture, ni luxation, tout au plus pouvait-elle avoir eu une entorse.

Les jours suivants, le genou devint de plus en plus douloureux, puis peu à peu tout le membre fut envahi par la douleur et il prit une attitude vicieuse, en flexion permanente.

Au moment où Brissaud fut appelé à faire son rapport, plus d'un an s'était écoulé depuis l'accident et les troubles ne s'étaient pas atténués. Après avoir éliminé une à une toutes les causes organiques possibles de l'attitude vicieuse du membre, il arrive à cette conclusion que si les mouvements du membre sont limités, c'est que toute modification apportée à l'attitude vicieuse provoque des douleurs.

« Si donc, dit-il, tout provient chez Mme J... de la douleur, quelle est la nature de cette douleur ?

« La douleur en question est survenue tardivement et s'est peu à peu généralisée à l'ensemble des muscles du pied, de la jambe, de la cuisse et même du bassin. Cette douleur n'est jamais spontanée ; elle n'est jamais localisée, elle est totale et non localisable. C'est là un des caractères des topoalgies nerveuses. De plus, elle est complètement indépendante de toute lésion articulaire ou péri-articulaire. »

Puis il signale une anesthésie : « Le membre inférieur droit, à partir d'une ligne circulaire passant par le quart inférieur de la cuisse, est complètement anesthésique. L'anesthésie est totale, jusqu'aux orteils inclusivement. C'est le type dit « de l'anesthésie en botte », qui relève d'une névrose pure et jamais d'aucune autre maladie. »

Et Lecaplain, examinant cette malade deux ans après le procès

(1) Lecaplain. Suites médicales tardives des affaires judiciaires relatives à l'hystéro-traumatisme. Thèse de Paris 1906.

qui avait motivé l'expertise, constate que la maladie, qui avait toujours été en empirant pendant le temps du procès, semble considérablement améliorée depuis le règlement qui a eu lieu à la suite de l'expertise de Brissaud : disparition des douleurs, abandon des béquilles, facilité plus grande de la marche, régression de l'anesthésie, reprise du travail depuis huit jours, et il ajoute :

« D'ailleurs, Mme J... est pleine de bonne volonté et préfère le travail aux tracas d'un nouveau procès. Elle eut cependant préféré un capital une fois payé, qui lui aurait permis, dit-elle, d'acheter un petit fonds de commerce, à la rente de 76 francs par an qui ne saurait la sauver de la misère, Et en effet, Mme J... a quatre enfants en bas âge et soutient une mère âgée ; son nouveau métier de cartonnière ne lui rapporte encore que fort peu. Mme J... reconnaît que son état est amélioré, mais elle n'a pas foi dans la guérison complète ; elle comprend la nécessité de travailler. Il y a tout lieu de croire que, dans ces conditions, les situations matérielle et morale s'amélioreront de pair assez rapidement et que la maladie aboutira à une guérison définitive. »

Il nous semble enfin que c'est également dans ce groupe qu'il faut faire rentrer ces douleurs, si spéciales dans leur mode d'apparition, auxquelles Brissaud a donné le nom de *douleurs d'habitude*, et qu'il a décrites précisément dans un de ces congrès (Congrès de Bruxelles, 1903) :

« Leur caractère essentiel est de survenir soit à date fixe, à jour fixe, à heure fixe et sans influence extérieure appéciable, soit à un moment quelconque, mais alors sous l'influence apparente d'une circonstance invariable et cependant manifestement insignifiante. »

Ce caractère ainsi décrit, montre bien que ces douleurs, qui ont pu avoir un point de départ organique initial, sont entièrement déterminées, dans leur nature psychopathique, par l'auto-suggestion. Ce qui le prouve, c'est qu'on a pu, par exemple, pour des douleurs survenant à une heure invariable, en modifier le moment d'apparition en trompant le malade sur l'heure réelle.

Ces douleurs sont à rapprocher, ainsi qu'on l'a fait remarquer, d'un certain nombre d'autres phénomènes comme l'insommie d'habitude, la toux et le vomissement hystériques, etc...

Le diagnostic de la nature pithiatique d'une douleur se base en grande partie sur des considérations spéciales à chaque cas.

La douleur pithiatique présente cependant certains caractères généraux importants.

C'est, en premier lieu, l'exagération et la discordance des réactions par rapport à ce qu'elles devraient être si la douleur avait uniquement la cause invoquée par le malade. L'exagération et la discordance se manifestent dans la façon dont les malades extériorisent leur douleur ; c'est une sorte de mise en scène qui atteint son plus haut développement chez les grands hystériques classiques.

Telle malade se plaignant d'une céphalée atroce, ne présente nullement l'accablement d'un organique qui aurait cette même céphalée et qui, concentré en lui-même, ne rechercherait que le silence et le calme ; elle est toute à la description de sa douleur et offre souvent, à ce moment, une physionomie animée ; elle discute avec le médecin ; elle semble même, pendant de courts instants, distraite par ce qui l'entoure, oublier de souffrir ; ou bien elle se contorsionne, il faut la soutenir pour qu'elle ne tombe pas, elle pousse de véritables hurlements. Elle donne l'impression de jouer la comédie et le diagnostic de la nature pithiatique d'une telle douleur se fait alors d'emblée.

Telle autre malade ne pourra marcher qu'avec des béquilles ; mais l'emploi de béquilles sera alors illogique et contradictoire. C'était le cas de la malade, dont nous avons cité l'observation en étudiant les douleurs consécutives aux accidents du travail. « Rien chez elle, remarque Brissaud, ne justifiait l'emploi des béquilles pour l'exécution de certains actes ou de certains mouvements simples qu'un blessé, un amputé de la cuisse même, peut toujours accomplir très facilement. Ses béquilles font partie d'elle-même, elle n'admet pas qu'elle puisse s'en passer un seul moment. »

Avec ces deux caractères objectifs d'exagération manifeste et de discordance, avec, souvent aussi, une certaine variabilité de phénomènes, il faut aussi tenir compte

mode d'apparition et de l'évolution du trouble ; de l'accessibilité apparente du sujet aux suggestions, en remarquant que la suggestion médicale n'agira que si elle peut être plus forte que les causes ayant provoqué l'auto-suggestion de la douleur, ce qui n'est pas toujours le cas ; de l'importance réelle des lésions organiques qui peuvent exister et qu'il ne faudra jamais omettre de rechercher avec le plus grand soin, en évitant, autant que possible, d'attirer de ce côté l'attention du malade.

Ce n'est en somme que par un double examen somatique et psychique complet que l'on pourra attribuer aux divers facteurs, qui conditionnent, à des titres divers, ces douleurs psychopathiques, l'importance pathogénique qui leur revient.

c) Douleurs paranoiaques

Ce sont des douleurs déterminées essentiellement par des interprétations délirantes.

Cette catégorie de douleurs pourra sembler contestable. On pourra nous objecter que ce qui est psychopathique ici ce n'est pas la douleur elle-même, mais le processus psychique qui, ayant pour point de départ une douleur organique, se borne à l'interpréter faussement dans ses causes et dans ses conséquences.

Mais il faut remarquer que ce qui est à la base des phénomènes douloureux, dont se plaignent les paranoiaques et sur lesquels ils s'appuient pour prouver la réalité de leurs conceptions délirantes, ce ne sont pas, dans la plupart des cas, de véritables douleurs, au sens physiologique du mot. Ce sont des sensations qui, normalement non douloureuses, deviennent chez eux douleur par un trouple psychique.

C'est l'interprétation des sensations internes, l'introspection somatique (Vaschide et Vurpas), qui fait considérer au malade comme pathologiques des sensations banales habituelles. Dès le moment où ces sensations deviennent

pour lui pathologiques, anormales, elles prennent la valeur de véritables douleurs ; elles torturent le malade, qui s'en plaint comme de vraies douleurs ; elles sont devenues des *douleurs*, au sens psychopathique que nous donnons à ce mot.

La fatigue, une digestion pénible, les engourdissements, fourmillements, picotements (acaralgies) qu'on ressent quelquefois, deviennent de vives douleurs ; de simples frissons sont des manifestations de courants électriques et, par cela même, une souffrance.

Ici nous touchons un point de psychologie très intéressant ; c'est la dépendance réciproque de la sensation et de l'interprétation. Les deux phénomènes ne seraient, en réalité, pas aussi distincts qu'on a le plus souvent tendance à l'admettre ; certaines recherches psychologiques montrent qu'ils sont, au contraire, étroitement unis.

De même que la sensation provoque l'interprétation, l'interprétation provoque la sensation ; les deux phénomènes marchent, en pratique, toujours de pair et ce n'est que d'une façon idéale, théoriquement, que l'on peut considérer la sensation indépendante de l'interprétation.

On en a un exemple courant dans les erreurs que l'on commet parfois pendant la lecture : on lit un mot à la place d'un autre parce que l'esprit suit son idée ; on voit, ou plutôt on a cru voir, certaines lettres qui n'existent pas ou on n'a pas vu des lettres qui existaient ; la perception a été troublée par l'interprétation.

Un certain nombre d'expériences très intéressantes ont été faites à ce sujet par Goldscheider et Muller.

De même, un grand nombre de sensations organiques ne sont normalement pas perçues. Elles ne font, pour ainsi dire, que glisser sur la conscience parce que nous n'y attachons aucune importance. Mais elles pourront être ressenties vivement si, pour une raison quelconque, elles nous préoccupent.

« Le seul fait, dit Ribot, de fixer son attention sur une partie du corps : le cœur, l'estomac, la vessie, les intestins amène à la conscience des sensations insolites. »

Ici, l'attention joue le même rôle que nous lui avons vu jouer en étudiant les douleurs pithiatiques. Il se produit, là encore, un phénomène d'auto-suggestion. Mais les malades, que nous étudions en ce moment, sont bien différents des pithiatiques. L'auto-suggestion est déterminée par un tout autre état mental. Le trouble a des racines bien plus profondes et la persuasion ne saurait l'extirper.

En matière de plaisir et de douleur, c'est l'état mental qui est tout : croire souffrir, c'est souffrir.

La même sensation peut d'ailleurs, suivant l'état mental, devenir plaisir ou douleur. Une malade, que citent Sérieux et Capgras dans leur livre sur les folies raisonnantes (1), explique les crises clitoridiennes qu'elle éprouve par une influence étrangère occulte : elle accuse diverses personnes d'agir à distance sur ses organes génitaux, et elle en souffre.

Comme chez les pithiatiques, la douleur peut naître d'un rien, tout aussi bien que d'une cause importante. Une pesanteur d'estomac devient de vives douleurs d'empoisonnement ; de l'entéro-colite peut être le point de départ d'une sensation de morsure par un serpent ; des mouvements plus ou moins douloureux de l'utérus deviendront les douleurs de l'accouchement.

Une malade de Sérieux et Capgras écrit ceci : « La nuit, parfois, je suis réveillée par une sensation indéfinissable, comme le courant d'un fluide qui se serait acharné à me frapper le front, les tempes, le sommet du cerveau ; le résultat de cette sensation des plus pénibles se résume par des élancements torturants et d'insupportables bourdonnements d'oreille... Du plomb fondu ou de la chaux vive répandue liquides dans les veines pourraient vous définir ce martyre. C'est surtout en sortant de table ou bien le matin que les actes de cruauté implacable s'acharnent. »

Ces douleurs, décrites par la malade d'une façon telle qu'elles peuvent donner l'illusion d'hallucinations, ne sont

---

(1) Sérieux et Capgras. *Les Folies raisonnantes. Le Délire d'interprétation.* F. Alcan 1909.

déterminées en réalité que par des interprétations : interprétations qui semblent basées ici sur des bourdonnements d'oreille et sur les modifications physiologiques de la cénesthésie au réveil ou après le repas.

Une autre de leurs malades sent, à des alternatives de rougeur ou de paleur, qu'on lui lance un fluide tantôt chaud, tantôt froid. Ses voisins mettent à la fenêtre une serviette, un édredon rouge, etc... et, à chaque signal, elle éprouve une commotion dans tout le corps.

Tout cela constitue bien des douleurs psychopathiques. Ces douleurs se présentent avec leur caractère le plus typique dans les délires d'interprétation, et elles s'observent surtout dans les variétés de ce délire qui revêtent la forme hypocondriaque, de zoopathie interne ou de grossesse.

Mais de même que nous avons reconnu l'existence dans la vie courante, chez des individus seulement un peu trop impressionnables, de douleurs de même nature que celles qui, par leur intensité pathologique, méritent le nom de pithiatiques ou d'hystériques, de même aussi se rencontrent fréquemment des douleurs, relevant de petites idées fausses, idées hypocondriaques en général, petits troubles qui, de même que les premiers ne méritaient pas le nom d'hystérie, ne méritent pas non plus le nom de délire. Comme il y a de petits cyclothymiques, de petits obsédés, etc..., il y a de petits pithiatiques et de petits paranoiaques.

Ces petits paranoiaques sont, par exemple, ces personnes qui, se croyant atteintes d'une tumeur, courent de chirurgien en chirurgien jusqu'à ce qu'elles en trouvent un qui consente à les opérer; qui sont perpétuellement inquiètes de leur santé parce qu'elles sont convaincues que certains de leurs organes sont profondément lésés ; qui vont de spécialiste en spécialiste et peuplent les villes d'eaux ; et dont toute la maladie réside, en réalité, dans la conviction fausse, mais inébranlable, de maladies imaginaires. Ces malades ressentent les mêmes douleurs psychopathiques que les grands paranoiaques. Comme chez les grands paranoiaques, la douleur est déterminée chez eux par une autosuggestion, due à l'attention exagérée qu'ils apportent au

jeu de leurs divers organes. Et chez eux, comme chez les grands paranoiaques, toute tentative de persuasion est inutile, quand elle n'est pas nuisible.

Le diagnostic des douleurs psychopathiques paranoiaques peut se présenter de deux façons bien différentes. Dans certains cas il est à faire avec les douleurs d'origine hallucinatoire ; dans d'autres cas avec les douleurs normales organiques.

Il est à faire avec les douleurs d'origine hallucinatoire, surtout lorsque les malades se plaignent de sensations étranges : sensation de plomb fondu, de jets de fluides brûlants ou glacés, de décharges électriques, etc... Le diagnostic peut être extrêmement délicat entre une hallucination vraie et une interprétation d'apparence hallucinatoire et la difficulté tient surtout à ce fait, sur lequel ont bien insisté divers auteurs, c'est que ces malades emploient un langage hallucinatoire : il en est ainsi chez la malade de Sérieux et Capgras dont nous avons ci-dessus rapporté les plaintes.

Le diagnostic ne se fera alors qu'en analysant, non seulement les caractères de la douleur, mais aussi tous les éléments qui paraissent conditionner le trouble.

Il convient d'ailleurs de remarquer que les troubles, que l'on décrit d'ordinaire sous le nom d'hallucinations, sont d'origines souvent bien différentes. Ces troubles peuvent avoir un point de départ périphérique mal perçu, être ainsi plus proches de l'illusion que de l'hallucination vraie ; ou relever d'un fonctionnement déréglé des centres psychosensoriels, indépendamment de toute excitation périphérique ; ou être seulement une représentation mentale poussée à son extrême degré d'objectivité et dont le caractère hallucinatoire tient à ce que le malade en attribue l'origine à une influence extérieure. Et, malheureusement, la clinique ne nous donne pas encore des signes certains pour reconnaître, en présence d'un trouble d'apparence hallucinatoire, sa véritable origine.

A toutes ces difficultés s'ajoute le fait qu'il ne s'agit pas

d'un symptôme objectivement constatable (les signes phsyiques de la douleur, étudiés expérimentalement en physiologie, ne paraissant utilisables que pour les douleurs provoquées) et qu'on ne peut se rendre compte du trouble en lui-même qu'à travers la description qu'en donne le malade.

Aussi, assez souvent, il ne sera pas possible de se prononcer avec certitude.

Le diagnostic est à faire avec les douleurs organiques normales quand les phénomènes douloureux se présentent avec des caractères de vraisemblance suffisante. Comme dans le cas des douleurs pithiatiques, il faudra alors pratiquer un examen somatique minutieux, et savoir interpréter la constatation ou l'absence d'une cause organique.

En effet, si l'on ne constate aucune lésion, ce n'est pas absolument une raison pour nier l'existence d'un point de départ organique, car, dans des cas analogues, des constatations faites ultérieurement, au cours d'une intervention ou à l'autopsie, ont permis de rectifier une erreur de diagnostic. — Mais si l'on constate une lésion, soit au cours de l'examen, soit ultérieurement, comme dans les cas que nous venons d'indiquer, ce n'est pas non plus forcément une preuve que l'on s'était égaré sur le caractère psychopathique de la douleur. Nous avons signalé à plusieurs reprises, au cours de cette étude, les raisons pour lesquelles une douleur peut être psychopathique, tout en ayant un point de départ organique.

d) Douleurs cénesthopathiques

Il ne s'agit pas ici d'étudier le rôle si important de la cénesthésie dans les psychoses. Nous laisserons donc de côté tous les troubles en quelque sorte subaigus ou diffus de la cénesthésie, qui se traduisent cliniquement par de vagues impressions de malaise général, ou par le sentiment d'une altération de la personnalité physique ou psychique,

et qui, touchant aux origines mêmes du sentiment de l'existence, provoquent des manifestations psychopathiques si intéressantes à étudier. Nous envisagerons seulement les troubles aigus et localisés de la sensibilité cénesthésique.

C'est encore à l'un de ces congrès (Genève-Lausanne, 1907) que l'étude clinique de ces troubles a été précisée, et que ces malades ont été isolés des autres psychopathes, sous le nom de cénesthopathes, par Dupré et Camus (1).

Pour décrire les douleurs cénesthopathiques nous ne saurions mieux faire que de citer la description si précise que donnent ces auteurs des cénesthopathes et de leurs douleurs (2) :

« Il se présente fréquemment, aux consultations de neurologie et de psychiâtrie, des malades qui se plaignent d'éprouver, dans différentes parties du corps, des sensations anormales, généralement douloureuses, mais toujours pénibles et étranges, dont la durée persistante les affecte et dont la nature insolite les trouble et les inquiète.

Ces malades souffrent avant tout de troubles de la sensibilité interne et offrent, secondairement à ces troubles, des réactions de nature variable, déterminées par les tendances individuelles. Ces réactions, par leur intensité, peuvent masquer le syndrome primaire et donner au malade l'apparence d'un anxieux, d'un obsédé, d'un hypocondriaque, même d'un délirant. Elles ne sont pourtant que secondaires aux troubles de la sensibilité si importants que nous étudions. Il nous paraît donc nécessaire, au point de vue pratique du diagnostic, de grouper ces sujets sous une étiquette spécifique ; et, dans l'immense légion de névropathes qui assiègent les consultations médicales, de distinguer ainsi une véritable famille de malades, sous un nom qui désigne clairement le symptôme fondamental de leur affection. »

---

(1) Dupré et Camus. *Les Cénesthopathies.* Congrès de Genève-Lausanne 1907.

(2) Dupré et Camus. *Les Cénesthopathies. Encéphale*, Décembre 1907.

Et plus loin, ils résument ainsi les sensations pénibles dont se plaignent ces malades :

« On peut, dans ces troubles sensitifs, reconnaître tout d'abord les plus intéressantes variétés de siège : bucco-pharyngée, céphalique, thoracique, abdominale, mélalgique, hémiplégique, cutanée... Ce sont ensuite des variétés dans l'intensité et dans la modalité, puis dans l'évolution, et enfin dans les réactions secondaires propres à chaque malade.

Légères ou accusées, ces sensations présentent les nuances les plus diverses. Tantôt les malades se plaignent de ne plus sentir comme auparavant, de ne plus sentir leur tête, leurs organes ou leurs membres. Ils ont comme une diminution ou une abolition de leurs sensations cénesthésiques. Tantôt ils sentent les différentes parties de leur corps modifiées dans leur densité, leur volume, leur forme ou leurs rapports. Suivant les cas, celles-ci sont allongées ou raccourcies, alourdies ou allégées, déformées ou déplacées ; la température en est modifiée, les fonctions en sont arrêtées ou perverties.

Mais toujours, quel que soit le mode de leur perversion, ces sensations ont des caractères communs et fondamentaux qui les rapprochent et justifient leur synthèse.

Toujours elles sont étranges et indéfinissables, pénibles plutôt que douloureuses. La fixité de leur localisation topographique est remarquable : chez tous nos malades elles ont, au cours de l'observation, pu varier d'intensité ; mais elles ont toujours prédominé, même à plusieurs années d'intervalle, dans le domaine primitivement affecté. La persistance et la fixité des sensations pathologiques nous semble constituer un des attributs les plus importants des cénesthopathies. »

Pour illustrer par un exemple cette description, voici une observation de cénesthopathie que nous empruntons également à cette étude de Dupré et Camus :

La nommée G..., 39 ans, fille d'un père tuberculeux et d'une mère alcoolique, morte à cinquante-quatre ans de cirrhose hépathique ; petite-fille de grands-parents maternels alcooliques, a une sœur

presque complètement idiote, internée à la Maison Blanche ; un frère est mort de tuberculose.

Cette malade est atteinte, depuis l'âge de cinq ou six ans, d'une surdité incomplète, survenue à la suite de lésions impétigineuses des oreilles.

Des examens otologiques successifs n'ont révélé chez elle que de l'épaississement du tympan.

Développement intellectuel et moral normal. Affectivité très developpée.

Mariée, a une fille bien portante.

Le début des troubles actuels remonte à une dizaine d'années, à la suite de surmenage professionnel important (tailleur).

Jusque dans ces dernières années, elle souffrait surtout des jambes et du dos. Il y a trois ans, à la suite d'une violente secousse morale, insommie et dépression psychique.

Il y a un an, vive émotion (elle est le témoin d'un accident de cheval), sensation d'ébranlement et de pétillement dans la tête durant plusieurs semaines. Depuis le début de ces troubles, c'est-à-dire depuis nombre d'années, la malade consulte sans relâche des médecins et fait plusieurs séjours dans les hôpitaux (Hôtel-Dieu, Saint-Antoine, Salpétrière), mais toujours sans trouver aucune amélioration.

Les troubles cénesthésiques sont multiples ; ils consistent en sensations toujours pénibles, variées et indéfinissables.

Les principaux sont décrits par la malade comme des sensations de tiraillements des nerfs derrière les oreilles, sur le front, au niveau des tempes, de tractions en dedans des yeux sur le trajet du canal nasal. Elles sont presque continues, mais ont des recrudescences sous forme de crises et s'accompagnent alors d'irradiations vers les épaules, dans le domaine du plexus cervical.

La plus pénible de toutes est une sensation de vide dans la tête et les yeux, de déplacement des organes intracéphaliques ; de roulement continuel, parfois de chocs intracrâniens violents. Des troubles auditifs consistant en bruits variés et ronflements horriblement pénibles qui entravent le sommeil.

D'autres phénomènes douloureux enrichissent encore le tableau des troubles sensitifs : sensation de boules qui roulent le long des gouttières carotidiennes. Douleurs à la gorge, au cœur et dans le dos. Malaise et déplacement des organes abdominaux, courants froids le long des membres, pesanteur des mains.

Quelques troubles digestifs et génitaux : hémorroïdes, constipation, entéro-colite glaireuse, leuchorrée.

Cet état est permanent ; il n'a subi aucune modification depuis que nous observons la malade. Il détermine une souffrance générale et une angoisse des plus pénibles et cette femme a formé, à plusieurs reprises, le projet d'y échapper par le suicide. Elle n'a cependant pas perdu tout espoir ; elle se rend parfaitement compte de la nature morbide de tous ses troubles, et consulte sans cesse des médecins, dans l'espérance de trouver à ses souffrances un soulagement, qu'elle n'a retiré d'aucune thérapeutique ; seuls les bruits subjectifs de l'oreille disparaissent par moments.

L'examen somatique le plus complet et le plus répété ne décèle chez elle aucune affection organique. A part la surdité relative, aucun autre trouble sensoriel. Le goût et l'odorat sont intacts.

La sensibilité objective, superfrcielle et profonde, semble partout normale. Aucun trouble de la motilité. Les réflexes tendineux sont vifs et à grande amplitude.

Les pupilles sont normales et réagissent parfaitement.

Pas de modifications du champ visuel. Pas de vertige ni de tremblement.

La malade, revue à maintes reprises et chaque fois à plusieurs mois d'intervalle, présente les mêmes troubles, sans modifications de l'état mental. L'intensité des malaises varie à de certaines périodes, et semble diminuer après les règles, en une accalmie de quelques jours, suivie de la réapparition des souffrances ordinaires.

Ces douleurs sont bien des sensations étranges et pénibles, angoissantes par cette étrangeté, plutôt que douloureuses au sens physiologique du mot.

Elles sont indéfinissables, car le malade se rend bien compte que ce ne sont pas des sensations caractérisées. Elles ne correspondent pas à des phénomènes sensoriels ordinaires ; ce ne sont ni des hallucinations, ni des hyperesthésies des différentes sensibilités, et c'est pourquoi le malade emploie toutes sortes d'expressions, de comparaisons, d'images pour essayer de les faire comprendre, tout en se rendant bien compte qu'il ne peut arriver à expliquer ce qu'il ressent.

Ce ne sont pas les sensations externes ou internes, qui sont devenues douloureuses ; c'est la sensibilité cénesthésique qui est troublée par elle-même, indépendamment de toute altération des organes sensoriels.

Et de même que les sensations cénesthésiques accompagnent, d'une façon plus ou moins consciente à l'état normal, l'exercice de toutes nos sensibilités, aussi bien externes qu'internes ou viscérales, de même les troubles cénesthopathiques pourront se localiser sur toutes nos sensibilités ; ils affectent, en effet, aussi bien la sensibilité cutanée sous ses différentes formes, tact, sensibilité au chaud, au froid, etc..., la vision, l'audition, l'olfaction, etc..., que les sensibilités profondes qui sont, d'une façon générale, plus spécialisées à la connaissance de notre corps.

On ne peut comprendre ces douleurs si étranges qu'en admettant un trouble essentiel de la cénesthésie.

Le fonctionnement de l'appareil de la cénesthésie peut être troublé d'une façon originelle par une prédisposition défectueuse, une susceptibilité particulière. C'est le cas de ces personnes aux nerfs «à fleur de peau», chez lesquelles toute sensation un peu vive est pénible, qui souffrent de tout et de rien, qui font la forme dite nerveuse, à réactions douloureuses intenses, des affections viscérales. C'est le cas également d'un certain nombre de cénesthopathes, qui apparaissent bien par leurs antécédents, ou par la façon dont les troubles ont pris naissance, comme des déséquilibrés de la cénesthésie.

Mais il semble aussi que le trouble puisse parfois être acquis et on peut supposer dans un certain nombre de cas, en raison des conditions dans lesquelles le trouble s'est produit, en raison de l'âge du malade, en raison d'autres troubles organiques associés, que la maladie a été déterminée par des lésions artério-scléreuses. C'est en tout cas une hypothèse qui ne nous paraît nullement inadmissible *a priori* et qui a pour elle les constatations faites dans quelques observations.

Il existe une certaine analogie entre les troubles cénesthopathiques d'un grand nombre de malades et des troubles artério-scléreux. La maladie survient à la même époque de la vie. On retrouve les mêmes conditions pathogéniques : une prédisposition sur un appareil donné, et des causes déterminantes qui sont des émotions, des chagrins répétés,

du surmenage physique ou moral ; la même incurabilité ; les mêmes troubles organiques concomitants de nature artério-scléreuse : cataracte, oto-sclérose, etc... Et lorsque les lésions atteignent, comme ici, un appareil dont les fonctions sont mal connues, c'est la même étrangeté apparente des phénomènes.

A ce propos, nous croyons intéressant de faire remarquer l'analogie, sur laquelle nous avons insisté ailleurs, qui existe, au point de vue de leur importance physiologique, entre l'appareil de la cénesthésie et l'appareil de l'orientation.

Les diverses sensations provoquent dans les centres sous-corticaux différents reflexes coordonnés indispensables pour l'adaptation continue et automatique de l'organisme aux modifications incessantes du milieu. Par l'appareil de l'orientation, elles produisent une notion plus ou moins vague de disposition physique, d'orientation générale du corps, qui détermine des réactions d'équilibration adéquate de toutes les parties. Par l'appareil de la cénesthésie, elles produisent une notion, également plus ou moins vague, de disposition psychique, de cénesthésie, qui détermine des réactions affectives. Les deux appareils servent à l'adaptation au milieu, l'un à l'adaptation physique, motrice ; l'autre à l'adaptation psychique, affective. De cette analogie entre ces deux appareils résulte une sorte de parenté entre leurs troubles.

Quoi qu'il en soit, les considérations précédentes nous paraissent expliquer les particularités des douleurs, que présentent les cénesthopathes. Les sensations restent normales en elles-mêmes, la perturbation ne porte que sur le sentiment cénesthésique qui les accompagne. Il en résulte dans le psychisme un trouble que le malade ne s'explique pas et qu'il essaye de rapporter, par une illusion dont il n'est pas complètement dupe, aux sensations elles-mêmes.

Nous avons vu que, dans les cas purs, ces douleurs cénesthopathiques ne s'accompagnent d'aucun trouble mental. On observe, par contre, dans un certain nombre de cas, des réactions qui peuvent sembler psychopathiques par leur gravité (suicide) et qui cependant sont en partie légitimes

ou excusables si l'on réfléchit à ce que doit être l'existence de ces malheureux.

On observe, d'autres fois, des ébauches d'interprétations, de petites idées délirantes. Mais on peut voir aussi de véritables délires s'organiser, et c'est une étude bien intéressante, et encore à son début, que celle du rôle des douleurs cénesthopathiques dans la genèse de certains délires.

On comprend en effet combien facilement de tels troubles, si étranges, qui affectent d'une façon inexplicable pour le malade cette sensibilité sur laquelle se fonde en grande partie le sentiment de la personnalité, peuvent troubler l'intelligence. Celle-ci, si elle est un peu débile, surtout au point de vue du jugement, versera facilement dans le délire.

Mais il est remarquable de constater que, même des troubles si inquiétants, si insolites, ne font pas délirer un cerveau bien équilibré.

Le diagnostic des douleurs cénesthopathiques est à faire en deux étapes.

Il faut d'abord reconnaître le caractère cénesthopathique des douleurs, ce qui n'offre, en général, aucune difficulté, puisque ce diagnostic se base sur les signes très précis indiqués par Dupré et Camus. Le diagnostic ne pourra être hésitant que dans les cas frustes.

Mais il existe des causes d'erreur.

Certains malades, qui ne sont pas des cénesthopathes, ont une tendance toute particulière à décrire leurs douleurs avec des comparaisons imagées ; ce sont souvent des pithiatiques, chez lesquels se révèle ainsi l'exagération de l'extériorisation de leurs troubles, exagération qui se manifeste par la discordance sur laquelle nous avons déjà insisté ; ce sont aussi les petits paranoiaques hypocondriaques qui, l'esprit toujours en éveil sur le fonctionnement de leurs organes, y découvrent des altérations imaginaires qu'ils veulent faire comprendre par une description abondante et imagée. Chez ces malades, l'examen psychique complet permettra presque toujours de mettre en évidence la véritable nature des douleurs.

D'autres malades ressentent véritablement des sensations bizarres, gênantes plutôt que douloureuses, et cependant ne sont pas non plus des cénesthopathes; c'est le cas de certaines affections nerveuses au début, névrite, tabes, etc... Le diagnostic véritable se fait par l'existence de signes objectifs et se confirme par l'évolution. En voici une observation succinte :

M. P..., 39 ans, comptable, se plaint d'une sensation de gêne, de raideur qui a débuté il y a huit mois autour de la bouche, surtout au niveau de la lèvre supérieure, qui a gagné depuis deux ou trois mois la lèvre inférieure et le menton, qui s'étend maintenant autour de l'œil gauche ; une sensation de brûlure à cet œil gauche. Le trouble est bilatéral à la bouche et unilatéral à l'œil. Ce ne sont pas des douleurs, mais des sensations bizarres, pénibles, qu'il décrit comme le ferait un cénesthopathe. P.. fait constamment des mouvements des lèvres pour assouplir les muscles, diminuer la sensation de tiraillement, et il malaxe la région avec les doigts. Il lui semble parfois éprouver un peu de gêne pour parler.

Aucun trouble psychique. Rien à noter dans les commémoratifs.

L'examen physique révèle un myosis extrême avec signe d'Argyll Robertson; de l'abolition des reflexes tendineux rotuliens et achilléens. Il aurait eu de plus, depuis quelques mois, de petites douleurs à caractère fulgurant dans les jambes, et dans les bras depuis quelques semaines, ainsi que derrière les oreilles.

Pas de Romberg ni de troubles urinaires. mais des troubles de la sensibilité caractérisés par une diminution très marquée de la sensibilité tactile dans une région s'étendant au-dessus de l'œil gauche, au niveau du trou sus-orbitaire sur une surface de la largeur de la paume de la main, et au-dessous de ce même œil, au niveau du trou sous-orbitaire sur une région de la dimension d'une pièce de 2 francs. En ces deux régions, il existe de l'hyperesthésie douloureuse et le plus léger frottement est douloureux, provoque une sorte de sensation très pénible qu'il compare à de l'électricité. Pas de trouble objectif de la sensibilité dans le territoire du nerf maxillaire inférieur où cependant le trouble subjectif est le plus accusé.

En février 1911, un an et demi après le début des premiers troubles, les douleurs ont gagné la région orbitaire droite ; les paupières sont lourdes, les yeux lui brûlent, c'est une sensation très pénible ; il se frotte constamment les yeux et la région orbitaire. Autour de la bouche les troubles ont persisté avec une très légère augmentation

Il s'agit donc d'un malade qui a présenté, comme premiers troubles subjectifs, des douleurs d'apparence cénesthopathique dans le territoire du trijumeau, douleurs en réalité d'origine tabétique, ainsi que l'examen l'a facilement montré.

Lorsque les douleurs sont reconnues comme étant de nature cénesthopathique, il faut encore essayer d'en rechercher la véritable origine, ce qui ne peut se faire qu'en interprétant les rôles respectifs de la constitution originelle et des causes déterminantes.

Si on ne constate pas de déséquilibre cénesthésique constitutionnel évident, on doit alors se demander si la cénesthopathie n'est pas due à des altérations pathologiques acquises, dont on pourra trouver des manifestations sur les autres organes.

Enfin, l'examen mental très complet du malade est absolument indispensable en raison, d'une part, des réactions dangereuses auxquelles il pourrait se livrer, et, d'autre part, en raison des troubles d'ordre affectif ou délirant, qui peuvent accompagner les cénesthopathies.

Nous donnerons, en terminant cette étude des douleurs cénesthopathiques, l'observation d'une malade que nous suivons depuis un an avec notre ami, le Dr Blondel, et qui présente des douleurs cénesthopathiques d'origine nettement artério-scléreuse.

Mme F..., âgée de 56 ans, vient consulter pour des douleurs qu'elle décrit ainsi : « il lui semble avoir comme un plomb, comme un masque appliqué du côté droit de la face, particulièrement au niveau de l'œil ; il semble qu'il y ait quelque chose qui ne fasse pas corps avec son œil, quelque chose de lourd et de gènant à la place de l'œil droit, quelque chose qui se gonfle (gestes descriptifs nombreux, car elle se rend compte qu'elle ne fait pas bien comprendre ce qu'elle ressent). On ne peut se figurer ce qu'elle éprouve. Elle sent par moments la tête comme fermée, bouchée. Elle ne peut rien porter ; quand elle fait le moindre travail, ça lui tire les nerfs du cerveau. Elle sent comme un casque qui lui serre la tête à droite; quelquefois, comme des coups de lance ou des coups de marteau, comme une douleur engourdie ; à

la nuque, c'est comme si on la serrait dans un étau, comme si les fibres derrière la tête allaient se briser ; on lui tenaille le cerveau ; il y a une douleur entre les yeux, c'est par moments comme un voile épais qui descend sur les yeux. Les yeux se gonflent, elle sent comme un cordon, comme une raie au milieu. En plus de ces douleurs de tête, il existe aussi de temps en temps des douleurs dans le haut du dos, dans les épaules. Quand on appuie sur le dos, cela lui répond dans la tête, lui fait des « lancements dans la tête ». Si elle porte un panier ou quelque chose de lourd, surtout à droite, cela lui tire les nerfs de la tête, de la nuque et surtout des yeux. Souvent à ce moment les yeux se voilent, elle n'y voit plus ; quand elle a posé son fardeau, la vue revient tout doucement. Souvent, lorsqu'elle fait un effort du bras, il lui semble que son œil droit devient tout noir ; c'est comme une éponge noire, un grand cercle noir qui cache tout en s'épaississant ; elle ne voit plus rien de cet œil ; puis elle voit violet foncé ; puis cela s'éclaircit et elle finit par voir de nouveau naturellement. Ces troubles visuels durent à peine une minute. L'œil gauche se brouille aussi depuis quelque temps. Quelquefois, ce voile se produit même sans effort. »

Lorsqu'elle décrit ses douleurs, après avoir épuisé toutes les comparaisons et tous les gestes descriptifs, elle ajoute : « C'est tellement bizarre, c'est quelque chose qu'on ne peut pas comprendre. C'est douloureux et gênant, mais c'est plus gênant que douloureux. On ne souffre pas beaucoup, mais c'est très pénible à supporter. »

Depuis le début, les troubles ont varié en intensité plus qu'en nature de douleur. Cependant, elle a eu, il y a trois ans et autrefois de grandes douleurs vives que les cachets analgésiques pouvaient calmer, tandis qu'ils sont sans action sur les douleurs actuelles.

Elle présente assez fréquemment des vertiges, surtout à l'occasion des changements brusques de position, ainsi qu'au réveil et au lever.

Souvent sensation de doigt mort et engourdissement ou fourmillement du nez.

Reflexes rotuliens vifs, plus forts à droite qu'à gauche ; achilléens normaux. Pas de clonus ni de signe de Babinski. Reflexes radiaux vifs.

Artères dures et sinueuses, pouls tendu, 65 pulsations par minute avec quelques irrégularités. Au cœur bruit de galop et second bruit de la base claqué. Tension artérielle au Potain : 19-20. Palpitations fréquentes.

Bourdonnements, sifflements d'oreilles qui durent depuis six ans, du côté droit, avec, depuis quelque temps, des bruits plus retentissants

qu'elle compare au bruit d'une batterie de cuisine. Audition bonne des deux côtés.

Urines : volume un peu exagéré 1750 gr. ; densité très faible 1008 ; taux de l'élimination de l'urée, de l'acide urique et des phosphates sensiblement diminué ; ni sucre, ni albumine.

Etat psychique : malade un peu émotive et anxieuse ; crainte obsédante que le mal augmente, qu'elle arrive à ne plus avoir d'espoir ; mais elle accepte les encouragements auxquels elle est très sensible. Aucune interprétation. Elle a parfois un peu d'oppression avec constriction thoracique, respiration gênée, et impression qu'un malheur va lui arriver, à elle ou à son mari. Elle n'a jamais eu d'idées de suicide.

Examinée, en septembre 1910, au sujet des troubles oculaires, par notre ami le Dr Coutela, celui-ci nous a remis la note suivante : « Je crois à une névrose pure. L'acuité visuelle qui était de 0,1 le 7 septembre est normale actuellement pour l'œil droit comme pour l'œil gauche avec le verre convexe de + 1. Pas de lésions du fond de l'œil. » En février 1911, Coutela nous remettait cette note : « J'ai donné à la malade + 1 et + 1,50. Il me semble que son fond d'œil se modifie. » Actuellement, l'acuité visuelle semble avoir baissé à droite, mais nous n'avons pas eu malheureusement le résultat du dernier examen ophtalmologique.

Depuis le mois de septembre 1910, notre malade n'est pas restée un instant sans souffrir et les troubles ont été plutôt en augmentant. Le côté droit du corps a toujours été plus atteint que le gauche.

Mme F... a toujours été sujette aux névralgies. Celles-ci ont commencé dès l'âge de 18 ans à la suite d'un bain froid et elle en a eu fréquemment jusque vers 30 ans par crises d'une quinzaine de jours, séparées par des intervalles de plusieurs mois. Elles ont siégé dans l'épaule droite et surtout dans les dents à droite, avec un point très douloureux qu'elle indique et qui répond au trou sous-orbitaire. Elle en souffre encore parfois actuellement, et par la pression on peut déterminer les trois points douloureux de la névralgie faciale. Elle fait d'ailleurs une différence complète entre ces douleurs névralgiques, qui sont calmées par l'antipyrine et l'aspirine, et les autres douleurs, les douleurs cénesthopathiques, que rien ne calme et qui, quoique moins vives, sont beaucoup plus pénibles.

Elle n'a pas eu d'autre maladie importante que ses névralgies ; la ménopause s'est établie à 35 ans sans incidents. Elle aurait toujours eu une humeur égale et ne paraît pas avoir présenté d'anomalies du caractère. Rien à signaler dans l'hérédité.

La maladie actuelle a commencé d'une façon insensible, il y a plusieurs années, par des vertiges qu'elle éprouvait parfois en allant aux Halles. Il y a sept ans, elle avait déjà assez souvent des maux de tête qui ont été si violents à un certain moment qu'elle avait craint avoir un cancer dans la tête et qu'elle aurait voulu passer aux rayons X ; mais elle n'a pas tardé à abandonner cette crainte.

Cette malade apparaît bien comme une cénesthopathe et une artério-scléreuse. Quand on considère l'ensemble des troubles et leur évolution, il semble difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet entre l'artério-sclérose et la cénesthopathie.

On peut admettre que cette femme présentait une susceptibilité spéciale de sa sensibilité à la douleur en général, due sans doute à une prédisposition constitutionnelle, ainsi qu'en témoignent les diverses névralgies auxquelles elle a été sujette dès l'âge de 18 ans. L'artério-sclérose a déterminé des troubles renaux et cardiaques, des troubles qui ont la valeur d'une claudication intermittente : vertiges et troubles oculaires, enfin et surtout ces troubles cénesthopathiques en altérant l'appareil de la cénesthésie, particulièrement débile chez elle d'une façon originelle.



III

Déductions pratiques générales

Diagnostic et traitement

Après avoir passé en revue les différentes variétés de douleurs psychopathiques, et avoir essayé de les distinguer dans leur déterminisme et leur nature réelle, il convient maintenant de faire quelques restrictions sur la valeur d'une telle classification.

Il est bien certain, en effet, qu'une classification des douleurs psychopathiques ne peut être, actuellement, que provisoire, comme toute classification dans une science qui n'est pas achevée. Elle ne peut être considérée que comme une étape de nos connaissances.

Aussi, il ne sera pas toujours possible, en pratique, de faire rentrer avec certitude telle douleur dans tel ou tel groupe. Cette impossibilité peut d'ailleurs tenir à plusieurs causes.

Elle peut être due à l'imperfection de nos connaissances sur la nature réelle de certaines douleurs psychopathiques, qui seront alors classées dans des catégories différentes suivant la tendance individuelle de l'observateur. C'est le cas des douleurs que l'on observe dans certains syndromes comme, par exemple, la névrose d'angoisse, et pour lesquelles on pensera, suivant les cas, à une origine cénesthésique, paranoiaque ou pithiatique.

On peut bien admettre aussi que certaines douleurs relèvent en même temps de plusieurs causes, car il est possible que divers déséquilibres psychiques coexistent chez le même sujet.

Il ne faut pas oublier non plus que, moins encore qu'en biologie, les espèces ne sont nettement séparées en pathologie. Les formes de transition sont nombreuses. L'existence de ces formes de transition ne doit pas cependant faire rejeter tout essai de classification et autoriser à ne considérer que des cas particuliers. Ce serait une vue, peut-être plus philosophique, mais qui présenterait le grand inconvénient de s'opposer à tout progrès pratique.

Enfin, la difficulté de classer une douleur psychopathique peut simplement tenir, ainsi que nous l'avons montré, à une incertitude de diagnostic.

En ce qui concerne le diagnostic, d'une façon générale, nous n'avons pas parlé, à chaque classe de douleurs, de la simulation possible. C'est un diagnostic qui se base surtout, en effet, sur les caractères généraux de la simulation et qui se présente différemment dans chaque observation. Il n'offre de très réelle difficulté qu'en présence d'une douleur d'apparence pithiatique, particulièrement chez les accidentés du travail. Ces difficultés tiennent, en grande partie, aux rapports du pithiatisme et de la mythomanie avec la simulation, rapports dont nous avons déjà parlé.

Le cas très spécial, où l'on peut avoir des raisons de supposer une simulation, étant mis à part, le caractère psychopathique des douleurs est en général assez évident. Ce caractère tient surtout à leur absurdité ou à leur étrangeté quand il s'agit de douleurs hallucinatoires ou paranoiaques ; à leur exagération et à la discordance des réactions quand il s'agit de douleurs pithiatiques ; à leur modalité si spéciale quand il s'agit de douleurs cénesthopathiques.

Mais nous avons vu aussi que, dans certains cas, et en particulier en ce qui concerne les douleurs pithiatiques et les douleurs paranoiaques, il pouvait exister une lésion

organique jouant le rôle d'une épine irritative pour le trouble psychique.

On est ainsi conduit à se demander si on ne produirait pas une action thérapeutique très efficace en agissant sur cette cause organique, médicalement ou chirurgicalement.

Ce point a donné lieu à un certain nombre de discussions intéressantes, en particulier depuis quelques années, à l'occasion des observations présentées par Picqué à la Société médico-psychologique et à la Société de Psychiâtrie de Paris sur l'origine périphérique de certains délires, et nous y renvoyons le lecteur (1).

Lorsque se pose la question d'une intervention d'ordre médical ou chirurgical, la première indication à remplir est celle d'un diagnostic exact et complet. Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur les grandes difficultés que peut présenter le diagnostic des douleurs d'apparence psychopathique ; il est indispensable, pour l'interprétation des observations de douleurs guéries, améliorées ou aggravées par un traitement médical ou chirurgical, d'envisager parfois la possibilité d'une erreur de diagnostic.

Il existe, en effet, des douleurs qui peuvent se présenter sous les apparences d'une douleur psychopathique, *surtout parce qu'on n'en reconnait pas la cause*, et qui sont dues essentiellement à une lésion organique latente.

Aussi, il est de toute importance de ne pas considérer comme psychopathique une douleur, uniquement parce qu'on ne lui trouve pas une origine organique. Il faut, autant que possible, ne pas porter ce diagnostic par exclusion, mais toujours chercher à mettre en évidence les signes positifs des diverses espèces de douleurs que nous avons étudiées.

Il faut n'appeler psychopathique une douleur que *lorsqu'on*

(1 PICQUÉ. Communication au Congrès de Rennes 1905. Communications à la Société Médico-psychologique ; *Annales Médico-psychologiques* 1908, 1909. Communication à la Société de Psychiâtrie de Paris ; *Encéphale*, 1910, 1911.

en reconnait l'origine psychopathique, avec l'acception que nous donnons à ce terme, et, sous peine de faire du mot psychopathique une étiquette aussi défectueuse que celle de névrose appliquée à certaines maladies, n'y pas faire rentrer toutes les douleurs d'origine inconnue.

Cette catégorie de douleurs ira en diminuant à mesure que les signes psychiques et somatiques des affections se préciseront. Ce sont souvent ces douleurs dues à des cancers latents de l'estomac, à certaines affection de l'appareil génital surtout chez la femme, etc...

Mais il y a plus, et la difficulté du diagnostic peut être accrue du fait que des douleurs, organiques dans leur cause, peuvent être psychopathiques uniquement par les réactions qu'elles provoquent. De telles douleurs justifient alors des mesures de protection d'ordre psychiâtrique, en même temps qu'elles réclament une action médicale ou chirurgicale dont les indications risqueront parfois de passer inaperçues.

Le diagnostic ayant été poussé aussi loin que possible, plusieurs cas peuvent se présenter. Nous considérerons d'abord les deux cas extrêmes, pour lesquels la conduite à tenir paraît bien définie.

I. Il existe une lésion importante, qui comporte par elle-même son indication opératoire, indépendamment du trouble psychique. On doit évidemment opérer, et on peut ainsi espérer, suivant l'importance relative des deux facteurs, psychique et organique, la disparition, la rémission ou l'atténuation de la douleur. Ces cas sont instructifs pour l'étude de l'évolution du trouble psychique, après l'intervention.

II. Il n'existe aucune lésion organique paraissant susceptible d'intervenir dans la production de la douleur psychopathique. Il faut alors s'abstenir. Toute opération, réelle ou simulée, ne servirait de rien. La contre-indication, qui pourrait à la rigueur être discutée dans certains cas de douleurs pithiatiques, est formelle lorsqu'il s'agit de douleurs d'origine paranoiaque.

L'opération, réelle ou simulée, serait un nouvel aliment au délire, servirait de point de départ à de nouvelles interprétations. La conviction est inébranlable, résiste à ce qui nous paraît à nous, hommes à peu près normaux, des preuves irréfutables. Et, comme le disait récemment mon maître M. Deny, dans une de ses leçons à propos d'une malade atteinte d'un délire systématisé de grossesse, on ouvrirait le ventre de cette femme, on lui montrerait, si cela était possible, tous ses organes un à un pour lui faire constater l'absence de tout embryon, que cela ne modifierait en rien sa conviction ; elle dirait que le fœtus se cachait ailleurs, qu'on ne l'a pas vu, qu'en refermant le ventre on l'a remis en place ; qu'on a laissé une greffe, etc... ; elle imaginerait une raison quelconque ; son délire et ses sensations de grossesse n'en seraient nullement atténués.

Mais, entre ces deux cas extrêmes, il existe de très nombreux cas intermédiaires, pour lesquels la conduite à tenir est beaucoup plus discutable.

Ce sont ceux dans lesquels la douleur psychopathique paraît liée à une lésion qui, par elle-même, ne commande pas absolument une intervention et dans lesquels cependant l'intervention serait justifiée si elle pouvait faire disparaître les troubles douloureux. Ces cas embarrassants s'observent, par exemple, à l'occasion de déplacements d'organes, rein mobile, prolapsus utérin, etc...

C'est alors qu'il faut essayer de faire la part de ce qui revient au psychisme et à la lésion. C'est un point souvent très difficile et incertain.

Il existe cependant quelques données générales, qui résultent autant de la pratique que de considérations théoriques et qui devront guider le médecin.

Si la douleur est paranoiaque et liée à un délire systématisé, l'acte opératoire n'améliorera en rien le délire, tout au plus pourra-t-il modifier les sensations pénibles qui se porteront ailleurs, ou seront remplacées par d'autres interprétations aussi pénibles. Ce n'est pas en faisant disparaître, chez de tels malades, quelque cause possible de sensation

pénible organique, qu'on peut espérer agir en quoi que ce soit sur le délire. La constitution, qui se manifeste par de tels délires, est beaucoup plus importante que telle ou telle cause occasionnelle.

Si la douleur, quoique cependant toujours d'origine paranoiaque, n'est pas liée à un délire systématisé, mais seulement à de petites interprétations, on peut obtenir une rémission ou même une guérison de cette douleur en débarrassant de sa lésion le malade, qui reste, cependant, de par son trouble constitutionnel plus ou moins accentué, toujours prêt à reporter ailleurs ses préoccupations hypocondriaques. Ces malades resteront toujours des hypocondriaques malgré les cures suivies chez les différents spécialistes, malgré tous les soins médicaux ou chirurgicaux qu'ils recherchent. Ici l'indication dépend donc seulement de l'importance relative de la lésion et de l'acte opératoire.

Si la douleur, d'origine pithiatique, est la manifestation d'une association hystéro-organique, en joignant à un traitement médical ou chirurgical approprié des moyens psychothérapiques, on aura les plus grandes chances d'améliorer ou même de guérir le malade.

En somme, en ce qui concerne le côté médical et surtout le côté chirurgical de la thérapeutique des douleurs psychopathiques, il faut être très prudent, car une intervention inopportune risquerait d'aggraver le trouble au lieu de le guérir. Et les recherches que poursuit Picqué sur la chirurgie des aliénés ont déjà ce résultat pratique important de permettre de préciser certaines des indications et des contre-indications des opérations.

Cet auteur a insisté lui-même, à plusieurs reprises, sur les cas dans lesquels « on a opéré des malades dont les douleurs reconnaissent un siège exclusivement cérébral et chez lesquels l'intervention n'a eu d'autre résultat que d'aggraver le délire, » et il ajoute : « à côté des indications, il faut, en effet, tenir compte des contre-indications. A méconnaître ces dernières, on risque d'ouvrir largement le chapitre des psychoses post-opératoires. »

Dans ces quelques considérations thérapeutiques, nous

n'avons envisagé, avec quelque détail, que l'intervention médicale ou chirurgicale portant sur un organe incriminé, à tort ou à raison, comme responsable des troubles douloureux, parce que ce point très important est envisagé un peu différemment suivant les tendances des auteurs et a donné lieu à de nombreuses discussions.

Nous ne dirons maintenant qu'un mot de la psychothérapie. Par la psychothérapie, on ne peut évidemment espérer agir que sur les douleurs d'origine auto-suggestive et à condition de pouvoir produire une suggestion thérapeutique plus forte que la suggestion pathologique.

Nous avons déjà dit, en étudiant les douleurs paranoiaques, pourquoi la psychothérapie était vouée à un échec certain, lorsqu'elle n'était pas nuisible ; chez le paranoiaque, le trouble a ses racines à la fois dans son intelligence et dans son cœur ; sa conviction est absolue et complète ; c'est plus qu'une conviction, c'est une foi ; et la foi est une force qu'un argument ne vainct pas.

Au contraire, chez le pithiatique, la suggestion de la douleur ne s'est établie qu'à la faveur d'un fléchissement de la volonté à l'occasion d'une émotion, d'un désir inavoué de cupidité, d'un besoin anormal de se mettre en évidence, etc... ; aussi une psychothérapie bien conduite et prudente aura souvent le meilleur effet. Nous disons prudente, car il faudra bien se garder, en voulant guérir la douleur, d'attirer trop sur elle l'attention du malade. Souvent la meilleure psychothérapie sera la plus discrète.

Quant aux autres moyens thérapeutiques, ce sont ceux qui s'adressent aux maladies dans lesquelles on trouve ces diverses douleurs, et comme ils ne présentent rien de spécial au point de vue de ce rapport, nous ne croyons pas utile de nous y arrêter.

CONCLUSIONS



1. — Le terme de douleur psychopathique est trop vague pour pouvoir être employé ainsi sans épithète, lorsqu'il s'agit de faire un diagnostic.

On doit toujours essayer de déterminer de quelle douleur psychopathique il s'agit. De la différence de nature résulte une différence de pronostic et de traitement.

Ici, comme d'ailleurs pour n'importe quel trouble, la thérapeutique ne peut être efficace que si elle est basée sur un diagnostic exact et complet. Ce diagnostic est particulièrement important à préciser quand se pose la question d'une intervention.

Dire douleur psychopathique n'est pas faire un diagnostic ; c'est, tout au plus, une première étape du diagnostic.

2. — Comme nous avons essayé de le montrer, ce qu'on entend d'ordinaire sous le nom de douleurs psychopathiques répond à des troubles de signification très différente. C'est pour essayer de classer tous ces troubles que nous les avons répartis dans les quatre groupes : hallucinatoire, pithiatique, paranoiaque et cénesthopathique.

3. — Mais, pour dire toute notre pensée, il nous semble que, si l'on va au fond des choses, seules les douleurs pithiatiques et paranoiaques devront être considérées comme des douleurs psychopathiques, car, seules, elles ont une origine réellement psychique (que leur point de départ soit ou ne soit pas une lésion réelle).

Les douleurs hallucinatoires sont au contraire la conséquence obligée de l'hallucination. Comme nous l'avons vu en les étudiant, c'est l'hallucination qui est ici spychopatique, ce n'est pas la douleur elle-même.

Quant aux douleurs cénesthopathiques, ce sont bien

moins encore des douleurs psychopathiques. Elles nous apparaissent comme des troubles liés au déséquilibre constitutionnel ou acquis d'un appareil nerveux spécial. Elles sont à rapprocher, par exemple, de certains troubles moteurs, tremblements, chorées, etc... qui sont dus également au déséquilibre constitutionnel ou acquis d'un appareil nerveux d'importance physiologique très alanogue.

Bien que relevant d'un trouble du système nerveux supérieur, elles ne sont pas, physiologiquement, au même degré hiérarchique que les douleurs pithiatiques et paranoiaques.

Elles dépendent de ce groupe complexe de fonctions automatiques qui assurent l'adaptation de l'être aux variations du milieu, et qu'on ne peut encore qu'entrevoir.



TABLE DES MATIÈRES





Amiens. — Imprimerie du Progrès de la Somme